



OBJECTIF PRÉSIDENTIELLES

2017

SPÉCIAL ÉLECTIONS

Les programmes sont-ils bons pour notre santé ?

SANTÉ PUBLIQUE



VERS UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE FAITE POUR ET AVEC LES POPULATIONS ?

**UN SYSTÈME
TROP CENTRÉ
SUR LES SOINS**

P.3

**PROPOSITIONS
DU CISS**

P.4

**QUESTIONS
AUX CANDIDATS**

P.6



“ Le pays a besoin d’une
véritable politique
de santé publique ”

“ Avoir des
approches différentes
tels que l’alimentation et la production
agro-alimentaire, la distribution
d’alcool, la politique en matière
de logement ou encore d’énergie,
la vaccination... ”

“ Il faut re-déployer des moyens voire en
déployer de nouveaux ”

“ Mettre en œuvre une politique de santé
publique basée sur
la responsabilisation
des acteurs et plus particulièrement
des patients. ”

“ C’est en France que les patients entendent
le moins souvent
parler d’alimentation
et d’activité physique lors
des consultations ”

“ La France est notamment en retard en
ce qui concerne ce que l’on dénomme
la littératie
en santé ”



ON SAIT QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS EST RÉPUTÉ ÊTRE TROP CENTRÉ SUR LES SOINS et pas assez sur la santé au sens large telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁽¹⁾

« **Le pays a besoin d'une véritable politique de santé publique** », cette affirmation est répétée par différents acteurs (professionnels, financeurs, pouvoirs publics, chercheurs, etc.) depuis des années. Il y a eu des tentatives pour s'en emparer, à commencer par une loi de santé publique en 2004 qui, avec ses 100 objectifs dont la moitié non évaluable, a manqué sa cible. Elle devait être révisée en 2009, cela s'est traduit d'abord par un titre dédié à la santé publique dans la loi d'organisation du système de santé « Hôpital, patients, santé et territoires » finalement supprimé du texte... sans avoir été repris dans un autre texte législatif.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, également davantage axée sur l'organisation du système de santé, consacre tout de même un de ses cinq titres spécifiquement à la prévention et à la promotion de la santé⁽²⁾, ainsi qu'un titre liminaire qui vise à rassembler les acteurs autour d'une stratégie nationale de santé qui comprend la promotion de la santé et la prévention. Cette loi apporte tout de même des dispositions législatives qui doivent permettre la mise en place ou le développement d'actions de promotion de la santé et de prévention mais à l'attention de populations ciblées.

Si l'on parvient à ce que le contenu de la loi soit effectivement mis en œuvre, cela marquera un progrès, notamment en matière de réduction des risques dans le domaine des addictions. Et on voit d'ailleurs, avec cet exemple, à quel point la réalité de mise en œuvre des actions de prévention se confronte, en France tout particulièrement, à de nombreux obstacles malgré tous les discours apparemment consensuels sur la priorité à donner à une approche préventive.

C'est pourquoi on a le sentiment que, même en cas de bonne application de la loi, cela restera insuffisant.

Il restera des carences en particulier dans la prise en compte, pourtant essentielle, des déterminants de santé, c'est-à-dire de l'ensemble des éléments qui ont un impact sur l'état de santé d'une population. L'accès aux soins et la qualité de l'organisation du système de santé font partie de ces déterminants mais ils n'en sont pas les seuls et on estime qu'ils jouent un rôle limité entre 15 et 20% sur l'état de santé de la population. Les autres déterminants relèvent d'autres domaines et pèsent pour 80 à 85%.

On peut citer l'alimentation, les transports, le logement, l'environnement, les conditions de travail, la consommation de tabac ou d'alcool, l'éducation, etc. La combinaison de l'ensemble de ces facteurs a un énorme impact sur l'état de santé des populations et explique les inégalités sociales de santé particulièrement importantes en France par rapport à des pays comparables³. Des inégalités que l'on retrouve également dans le domaine de l'accès et du recours aux soins. **La France est notamment en retard en ce qui concerne la prise en compte de ce que l'on dénomme la littératie en santé**, c'est-à-dire la prise en compte par le système et ses acteurs des difficultés de compréhension des patients et des proches. Ce retard creuse aussi les inégalités de santé en matière d'accès aux soins et d'accès à la santé.

Notre pays tarde à mettre en place une politique volontariste pour agir sur l'ensemble de ces déterminants de santé. Un comité interministériel sur la santé, censé impulser une approche multisectorielle, a été mis en place en 2014 sans beaucoup de transparence sur la fréquence et le contenu de ses réunions et travaux amenant une franche interrogation sur la volonté publique de parvenir à relever ce défi.

Dans le champ de la santé, les financements consacrés aux actions de prévention et de promotion de la santé restent faibles. De plus, les actions sont menées par différents acteurs sans véritable cohérence ou coordination et le plus souvent sans associer les populations cibles des actions ni les personnes en contact avec elles (médiauteurs en santé par exemple). Quant aux professionnels de santé, ils restent principalement mobilisés sur les soins curatifs comme une enquête très récente du Commonwealth Fund l'illustre à nouveau. Menée auprès de citoyens de 11 pays, elle montre que c'est en France que les patients entendent le moins souvent parler d'alimentation et d'activité physique lors des consultations avec le médecin traitant.

1 - « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2 - Soit près de 30 ans après la charte d'Ottawa qui évoquait pour la première fois le concept de promotion de la santé le 21 novembre 1986.

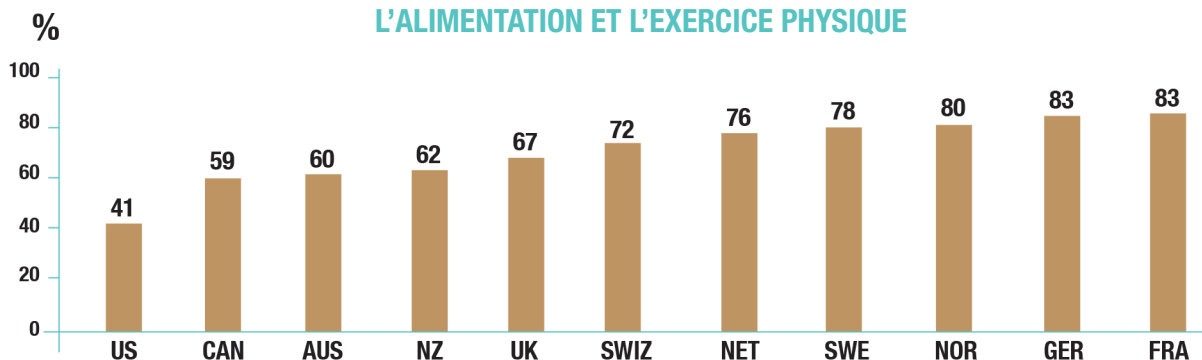
3 - A 35 ans, un homme cadre peut espérer vivre jusqu'à 84 ans, contre 77,6 ans pour un ouvrier, selon l'Insee (donnée moyenne entre 2009 et 2013), soit plus de six ans d'écart. L'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre est de 53 ans (elle peut espérer vivre jusqu'à 88 ans) contre 49,8 ans pour une ouvrière (qui peut espérer vivre jusqu'à 84,8 années), soit trois années de différence.

Pour les données internationales : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>





MÉDECIN TRAITANT N'AYANT PAS ABORDÉ L'ALIMENTATION ET L'EXERCICE PHYSIQUE



Cette priorité à donner au développement des actions de prévention et d'éducation à la santé doit toutefois être comprise avec discernement afin d'identifier, dans ce domaine de la santé comme dans tous les autres, les approches vertueuses et utiles à l'amélioration de l'état de santé de la population de celles moins recommandables. Nous ne pouvons ainsi ignorer que certaines approches affichent une volonté de **mettre en œuvre une politique de santé publique basée sur la « responsabilisation » des acteurs et plus particulièrement des patients.** Si les défenseurs de ce type d'approches vont rarement jusqu'à présenter dans le détail la logique de « responsabilisation » qu'ils prônent, l'expérience a montré qu'elle passe souvent par des logiques stigmatisantes qui, au lieu de réduire les inégalités de santé, ne font que les accroître en favorisant les comportements de ceux qui sont déjà les moins exposés aux risques et en

éloignant de la prise en charge ceux qui en auraient le plus besoin. Il est en effet démontré que si une politique de santé publique fondée sur une approche de responsabilisation simpliste et réductrice, prenant la forme binaire de récompenses ou de punitions, peut fonctionner ponctuellement et à très court terme, elle n'a en revanche que peu d'intérêt sur le long terme et auprès des publics cibles prioritaires.

Pour mettre en œuvre une réelle politique de santé publique, il convient de privilégier des dispositifs et actions :

- ◆ ciblés et construits avec les populations concernées et les personnes qui les côtoient régulièrement,
- ◆ basés sur l'accompagnement et l'autonomisation,
- ◆ tenant compte des priorités et des contraintes des personnes,
- ◆ ancrés dans les lieux de vie des personnes.

PROPOSITIONS DU CISS

1

SANCTUARISER 10% DU BUDGET DE LA SANTÉ POUR DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Comme indiqué dans la partie constats, l'état de santé de la population ne dépend qu'en partie de l'accès aux soins et de l'organisation du système de santé. Aussi, **il nous semble essentiel que le budget santé du pays ne se limite pas au financement de ces seuls champs, mais réserve une place de choix aux politiques de prévention et de promotion de la santé** via des actions coordonnées au national et dans les

régions, associant systématiquement les populations ciblées et menées en collaboration avec des équipes de recherches en sciences sociales. Des actions reposant sur des démarches d'accompagnement et d'*outreach* (pratique visant à aller vers les populations concernées) plutôt que de responsabilisation voire de sanctions.



Des actions reposant sur la prise en considération de la « perspective patient », c'est-à-dire basées sur une démarche de co-décision qui tient compte de l'ensemble des conditions de vie des personnes.

Pour mener cette politique volontariste en matière de prévention et de promotion de la santé, il faut re-déployer des moyens voire en déployer de nouveaux.

Nous ne pouvons pas espérer un tel changement si les financements de la prévention et de la promotion de la santé

continuent à ne représenter que 5 % environ du budget des agences régionales de santé. Il faut impérativement sanctuariser un socle minimal de financement de la santé publique.

Le chiffre de 10 % évoqué souvent par les responsables publics doit être considéré comme le socle minimum nécessaire. La loi de financement de la sécurité sociale devrait donc comporter chaque année une annexe recensant, au titre de l'assurance maladie, les dépenses de prévention et de promotion de la santé.

2

INTÉGRER UNE ÉTUDE D'IMPACT SANTÉ À TOUS LES TEXTES DE LOI LIÉS À DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

En France, les études d'impact, qui ont été rendues obligatoires pour tout projet de loi, prévoient d'en mesurer les conséquences environnementales potentielles mais pas les conséquences sanitaires. **C'est un comble, nous nous interrogeons sur les conséquences pour la flore et la faune**

mais pas pour l'homme. Il faut changer cela. Nous proposons que demain, tout projet de loi, et plus généralement toute mesure ayant un effet potentiel sur la santé, ne puisse être adopté sans étude d'impact sanitaire.

3

DÉVELOPPER LES TRAVAUX

DU COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LA SANTÉ ET LES OUVRIR À LA SOCIÉTÉ CIVILE

Depuis 2014, un comité interministériel a été mis en place. Peu d'informations ont circulé concernant la fréquence de ses réunions et le contenu de ses travaux. **En novembre 2016, il a finalement été annoncé que le comité interministériel travaillerait sur la lutte contre l'antibiorésistance.** Un plan contenant 13 mesures et 40 actions a été établi avec un financement de 350 millions d'euros. Il s'agit d'un sujet majeur en matière de santé publique mais on peut s'interroger sur le choix de cet unique sujet par le comité interministériel aurait pu espérer que ce comité s'empare aussi d'autres sujets sur

lesquels des ministères peuvent avoir des approches différentes tels que l'alimentation et la production agro-alimentaire, la consommation d'alcool, la politique en matière de logement ou encore d'énergie, la vaccination...

Dans l'idéal, un représentant des citoyens, de la société civile, représentatif des associations d'usagers pourrait être invité à participer à ces réunions avec la possibilité de mettre des sujets à l'ordre du jour comme cela a été le cas récemment au sein du comité interministériel du handicap.



QUESTIONS AUX CANDIDATS



Les réponses aux questions 2 et 3 peuvent donner lieu à des choix multiples

1 ♦ QUELLE PART DU BUDGET DE LA SANTÉ SOUHAITEZ-VOUS CONSACRER À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

- 5% ou moins
- De 5 à 10%
- Au moins 10%

2 ♦ QUEL TYPE D' ACTIONS SOUHAITEZ-VOUS PROMOUVOIR EN PRIORITÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ ?

- Des actions ciblées, de type « assurance maladie conditionnelle » visant à responsabiliser en fonction de leur comportement certaines personnes en vue de préserver leur santé
- Des actions ciblées d'accompagnement allant vers les personnes concernées et construites en lien avec elles pour les autonomiser et améliorer leur vie en préservant au mieux leur santé
- Des actions/campagnes nationales visant l'ensemble de la population

3 ♦ QUELLE POLITIQUE SOUHAITEZ-VOUS METTRE EN PLACE EN PRIORITÉ POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

- Mesures d'impact santé dans tous les textes de loi ayant un lien avec un ou plusieurs déterminants de santé
- Comité interministériel sur la santé en interaction avec la société civile
- Choisir quelques grandes priorités de santé publique, entre 3 et 5 basées sur quelques déterminants de santé, plutôt que 100 objectifs